

DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION SERVICE DE CRISE ALZHEIMER ET TROUBLES APPARENTES

Demande à envoyer **UNIQUEMENT** par courrier sécurisé **MEDIMAIL**
Joindre impérativement les traitements en cours ainsi que les comptes rendus (IRM, TDM, CR Neurologique...)
psychogeriatric.secretariat@bonsauveuralby.fr

DATE DE LA DEMANDE :

<u>Demandeur :</u> <input type="checkbox"/> Médecin Traitant <input type="checkbox"/> Médecin Coordonnateur <input type="checkbox"/> Médecin Hospitalier	<u>Coordonnées du demandeur :</u>
<u>Médecin Traitant informé</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Coordonnées du médecin Traitant :</u>

PATIENT :

Nom d'Usage :	Prénom :	Nom de naissance :
Date et lieu de naissance :		
Adresse domicile ou EHPAD :		
Conditions de vie antérieure à l'hospitalisation :		
Personnes ressource (nom, prénom, lien de parenté et coordonnées : 		

PROTECTION JURIDIQUE :

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Habilitation Familiale	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> En cours
------------------------------	---	------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

CADRE DE LA DEMANDE :

Décrire le contexte et les éléments cliniques motivant la demande :

Devenir à l'issue de l'hospitalisation :

- ☐ Retour à domicile
- ☐ EHPAD : Demande en cours sur via trajectoire
- ☐ Révision du projet de vie

TROUBLES REPERES

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles anxieux | <input type="checkbox"/> Hallucinations | <input type="checkbox"/> Apathie |
| <input type="checkbox"/> Comportement aberrants | <input type="checkbox"/> Idées délirantes | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> Agitation, cris, opposition | <input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit |
| <input type="checkbox"/> Excitation / Euphorie | <input type="checkbox"/> Désinhibitions | <input type="checkbox"/> Fugue |

AUTONOMIE :

A: Fait seul

B: Aide partielle

C : Dépendant

		A	B	C
Transfert / Remplacement				
Toilette				
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage				
Alimentation				
Orientation				
Communication pour alerter				

APPAREILLAGE NECESSAIRE :

	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti escarre		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace maker		